DOSSIER DE PRESSE | SEPTEMBRE 2016

Dépression

Et si les solutions n'étaient pas que chimiques ?

PiLeJe

Les dépressions

Et si les solutions n'étaient pas que chimiques ?

La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents puisqu'environ **20 % des Français ont été, sont ou seront dépressifs**[1]. La dépression touche ainsi chaque année **3 millions de personnes en France**[2]. C'est aussi la première cause de suicide : **70 % des personnes qui décèdent par suicide (environ 10 000/an pour la France*) souffriraient d'une dépression**, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Les données de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) indiquent qu'en **2010, 7,5 % des 15-85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois**, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Est-ce qu'aujourd'hui la maladie est mieux considérée, comprise et expliquée ?
Devant certains chiffres alarmants, notamment ceux de la consommation des antidépresseurs, nous pouvons nous demander si la prise en charge actuelle est efficiente.

La prescription d'une et/ou le plus souvent plusieurs molécules est devenue quasi systématique ; or si les antidépresseurs sont incontestables pour le traitement des dépressions sévères, leur efficacité est plus discutable dans le cas de dépressions légères à modérées.

Les antidépresseurs, la psychothérapie, la phytothérapie, l'hygiène des rythmes et une alimentation adaptée ont scientifiquement prouvé leur efficacité. La combinaison de ces différentes approches ne permettrait-elle pas d'optimiser la prise en charge de cette maladie ?

* INSEE

1 « La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour en sortir » Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) 09-10-2007

2 Guide dépression, 2007 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

I. La dépression, un état des lieux

La dépression est une maladie affectant 3 millions de personnes chaque année, de tous âges et de toutes catégories socio-professionnelles. Elle se caractérise par une tristesse, un ralentissement, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. À son paroxysme, elle peut conduire au suicide.
De nombreuses zones d'ombres existent encore sur les origines ou les mécanismes physiopathologiques de la dépression, mais de nouvelles pistes de recherches sont actuellement en cours.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Selon l'OMS, la dépression est l'un des troubles les plus fréquents. Environ 20 % des Français ont été, sont ou seront dépressifs.

Les données de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) indiquent qu'en **2010, 7,5% des 15-85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois**, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Toutes les tranches d'âge sont concernées avec **un pic chez les 20-34 ans**[3] :

- 6,4 % chez les 15-19 ans,
- 10,1 % chez les 20-34 ans,
- 9 % chez les 35-54 ans,
- 4,4 % entre 55 et 85 ans.

Chez l'enfant et l'adolescent

La prévalence des troubles dépressifs est estimée entre 2,1 % et 3,4 % chez les enfants et égale à environ 14 % chez les adolescents. Chez ces jeunes patients, le diagnostic est plus difficile à poser que chez l'adulte. En effet, la crise d'adolescence se caractérise par des tensions entre l'affirmation de son identité et les contraintes sociales. Cette période est décrite comme un moment de mélancolie naturelle associé à une faible estime de soi ou à un comportement agité ; cependant ces signes ne relèvent pas de la dépression au sens clinique.

La dépression chez l'enfant induit en premier lieu une chute des résultats scolaires puis, dans certains cas, des troubles du comportement et de la conduite sociale. Parmi les facteurs de risques, on peut citer les difficultés socio-économiques des parents, une maltraitance physique, psychique ou sexuelle, des antécédents dépressifs chez la mère ou le père (présents ou passés),

[1] Inpes. Baromètre santé 2005, 2010 et 2012

un tempérament particulier de l'enfant (anxiété, timidité excessive, faible estime de soi, hyperactivité), des difficultés scolaires et/ ou des événements traumatiques (deuil d'un proche, séparation des parents)[4].

Chez le senior

La retraite, de par le changement brutal de rythme qu'elle engendre, **est souvent à l'origine de dépressions chez les seniors et les personnes âgées qui ont alors l'impression d'être devenues inutiles**. En établissement d'hébergement pour personnes âgées, un épisode dépressif majeur surviendrait chez 10 à 15 % des résidents dans la première année suivant l'admission dans l'établissement, avec un net accroissement de la mortalité[4].

DIAGNOSTIC

Il répond à des critères très précis fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV). **Il existe neuf symptômes caractéristiques de la dépression. Pour que le diagnostic de dépression puisse être posé, le patient dépressif doit en présenter au moins cinq, presque tous les jours depuis au moins deux semaines, dont obligatoirement l'un des deux premiers de la liste :**

- **une humeur dépressive continuelle** (tristesse quasi permanente)
- **une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes**, même celles habituellement plaisantes (anhédonie)
- un trouble de l'appétit (augmentation ou réduction), souvent associée à une prise ou perte de poids d'au moins 5 %
- des troubles du sommeil (insomnies ou hypersomnie)
- un ralentissement psychomoteur ou une agitation
- une fatigue (asthénie), souvent dès le matin
- un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié
- des difficultés attentionnelles, de concentration et de mémorisation
- des idées de mort ou de suicide récurrentes, le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Pour les patients qui présentent entre 5 et 7 symptômes, la dépression est considérée comme légère à modérée. Au-delà de 8, elle est dite sévère.

Des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation (évaluation par le médecin) permettent d'évaluer plus précisément la sévérité de ces symptômes. Il s'agit de l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) ou de l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS).
Selon le baromètre de santé 2010, **39 % des personnes qui présentent des troubles dépressifs n'ont pas utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de santé, ni suivi une psychothérapie.**

[1] Comprendre choisir and Desguée et Massat. Le guide de la dépression. 2014

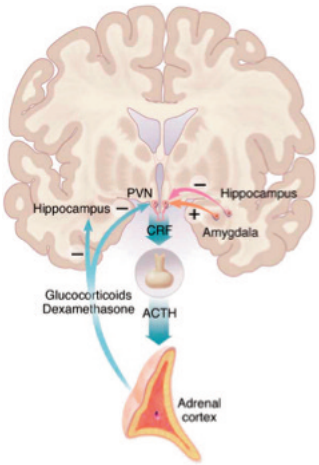
QUELS FACTEURS FAVORISENT LA DÉPRESSION ?

La dépression est une maladie **multifactorielle** impliquant des facteurs **héréditaires** et **environnementaux**[5].

Facteurs héréditaires

Selon des analyses génétiques réalisées auprès de plusieurs familles et de jumeaux, **l'hérédité de la dépression serait d'environ 40 %**[6]. Kendler et ses collaborateurs ont confirmé que les facteurs génétiques, indépendamment des traits de personnalité (anxieux, pessimistes), entraient en jeu dans l'émergence de cette maladie psychiatrique[7] au sein d'une population de jumeaux.

Il n'y a pas de gène majeur déterminant la dépression mais plutôt **des gènes mineurs augmentant la probabilité de l'apparition de la maladie**. Actuellement, des équipes de recherche tentent de déterminer quelles associations de gènes sont susceptibles d'augmenter la sensibilité de l'individu aux événements stressants rencontrés au cours de la vie.



Mécanisme de régulation de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

(D'après Nestler 2002) : la libération de CRF agit sur la libération d'ACTH, stimulant à son tour la libération de glucocorticoïdes. Lors d'un stress ponctuel, les glucocorticoïdes seront ensuite libérés par rétro contro-négatif. En revanche, lors d'un stress prolongé ou chronique, un taux élevé de glucocorticoïdes pourra entraîner des dommages au niveau de l'hippocampe et maintenir une hypercortisolémie relatif à un état dépressif.

Facteurs environnementaux : dérégulation de l'axe HPA

Le stress est un facteur important favorisant la dépression[8]. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) est le système neuroendocrinien permettant à l'organisme de faire face au stress par une réponse physiologique adaptée.

Un déficit dans la régulation du système de réponse au stress (l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et des anomalies des neurones de l'hippocampe (région du cerveau impliquée dans la cognition et les émotions) sont souvent observés chez les patients sévèrement déprimés. Ces deux phénomènes sont d'ailleurs vraisemblablement liés : **l'altération de la réponse au stress conduit à une sécrétion anormalement élevée de cortisol** (l'hormone du stress) qui est potentiellement neurotoxique et peut entrainer une désorganisation, voire une dégénérescence neuronale dans l'hippocampe. (INSERM)

[5] ETIEVANT A. Stimulation du cortex préfrontal: Mécanismes neurobiologiques de son effet antidépresseur. 2012. Université Claude BERNARD LYON 1.

[6] SULLIVAN PF et al. Genetic epidemiology of major depression: review andmeta-analysis. Am J Psychiatry. 2000 ; 157 : 1552-1562.

[7] KENDLER KS et al. A Swedish national twin study of lifetime major depression. Am J Psychiatry. 2006 ; 163 : 109-114.

[8] NESTLER EJ et al. Neurobiology of depression. Neuron. 2002 ; 34 : 13-25.

Par le Dr Patrick Lemoine,
docteur en neurosciences
et psychiatre

II. Une approche plurielle de la dépression

Un demi-siècle après leur découverte, les antidépresseurs ont beaucoup déçu les prescripteurs et, forcément, les déprimés : efficacité faible, effets retardés, gros pourcentage d'échecs, nombreux effets secondaires, rapport bénéfice/risque défavorable chez les seniors, bref, ces médicaments sont loin d'être la panacée même s'ils continuent à être largement prescrits.

Après des décennies de gloire où l'on a cru que ces molécules toujours plus nombreuses allaient régler le problème de cette maladie du siècle, il a fallu déchanter. En résumé, il apparaît que les antidépresseurs marchent (souvent de manière incomplète) dans environ 60 % des cas en 2 à 6 semaines. En cas de rechutes, les chances d'efficacité diminuent et que plus on rechute, plus on rechutera. Enfin, dans certaines dépressions comme celles qui font partie du trouble bipolaire (anciennement appelé psychose maniaco-dépressive), les antidépresseurs au long cours sont accusées d'accélérer le rythme infernal des rechutes.

QU'EN EST-IL EN RÉALITÉ ?

Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

- Les antidépresseurs sont testés sur les dépressions sévères où leur action est incontestable. En revanche, ils ont été prescrits pour traiter des dépressions modérées et légères, où leur efficacité est beaucoup plus contestable... Comme le cancer, la dépression n'est pas une entité unique mais une maladie multiple.
- Toutes les études démontrent que les antidépresseurs sont beaucoup plus efficaces quand leur prescription s'accompagne d'une psychothérapie.
- On a oublié par paresse intellectuelle que la dépression est une maladie des rythmes. C'est même LA maladie des rythmes circadiens[1].
- On a également oublié que la maladie peut guérir spontanément.
- Enfin, la facilité qui consiste à prescrire de manière presque automatique une molécule souvent choisie au « petit bonheur la chance » a fait négliger d'autres approches comme, par exemple, la phytothérapie.

[1] Rythme circadien signifie autour de 24 heures. Par exemple, le rythme veille/sommeil.

Quelles sont les autres approches non pharmacologiques qui ont montré une efficacité certaine ?

Ces autres approches ne sont pas alternatives puisque leur inocuité associée à leur efficacité devraient en faire les traitements de première intention, les médicaments ne venant qu'en cas d'échec (sauf bien sûr en cas de dépression sévère avec risque suicidaire immédiat)... ce qui serait un sacré renversement de paradigme !

■ **La chronothérapie :** cette technique souvent rapidement efficace va de la simple hygiène des rythmes à la privation totale ou partielle de sommeil.

■ **Les psychothérapies :**

• En premier lieu, les thérapies cognitives et comportementales ont montré une grande efficacité, parfois utilisées seules mais le plus souvent associées aux antidépresseurs. Cette technique est pratiquée seule ou en groupe : affirmation de soi, estime de soi, etc.

• Parmi toutes les variantes des thérapies cognitives et comportementales, il convient de citer l'EMDR[12] quand la dépression complique un état de stress post-traumatique, ce qui est fréquent. De ce fait, il faut toujours (se) poser la question de l'existence d'un traumatisme, de cauchemars, de flash-backs (revécu dans la journée du traumatisme). Ce syndrome a connu une recrudescence en période post-Bataclan, que le sujet ait assisté aux attentats ou qu'il les ait vécus par procuration.

■ **L'hypnothérapie :** cette technique qui avait été injustement détrônée par la psychanalyse revient en force. Nombreuses sont les publications qui lui sont consacrées.

■ **La lumière :** en cas de SAD *(seasonal affective disorder* ou dépression saisonnière), c'est la seule méthode ayant prouvé son efficacité : plus de 85 % des sujets présentant boulimie sucrée, prise de poids et hypersomnie sont guéris en 4 à 14 jours.

■ **Les acides aminés :** la tyrosine a démontré son efficacité en cas de Dépression Dopamino-Dépendante avec sommeil agité, épisodes on/off de l'humeur et régime carencé en viande.

■ **La sismothérapie ou ECT (ÉlectroConvulsivoThérapie) :** en cas de dépression mélancolique, particulièrement chez les seniors, cette méthode est de loin la plus efficace (environ 86 % en 2 à 4 semaines), la mieux tolérée et la moins dangereuse. L'OMS en fait le traitement de choix en cas de fragilité somatique et chez les femmes enceintes.

■ **La phytothérapie** (millepertuis, safran et rhodiole).

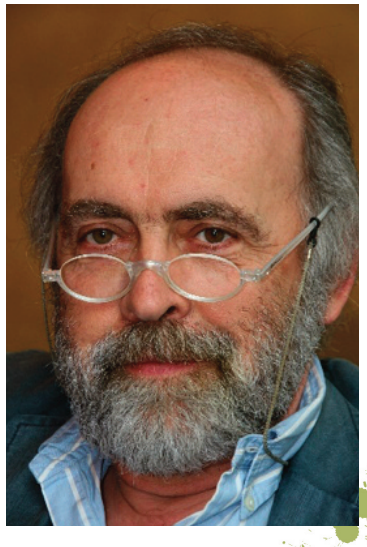
[12] Eyes Movments Desensitization and Reprocessing.

Pouvez-vous nous expliquer les effets de la phytothérapie sur les dépressions ? Quelles plantes peuvent être préconisées ?

De plus en plus d'études scientifiques et de publications insistent sur le manque d'efficacité des antidépresseurs chez les patients présentant une dépression réactionnelle légère à modérée. Ils soulignent aussi les nombreux effets secondaires de ces médicaments. La thérapeutique conseillée alors est une prise en charge psychothérapique du patient. Malheureusement, on oublie 2 éléments : tout d'abord, il n'y a pas assez de médecins, de psychiatres et de psychologues par rapport au nombre de personnes dépressives en France. Et puis la perturbation des neuromédiateurs cérébraux responsable de la dépression peut empêcher ou retarder l'efficacité d'une psychothérapie.

Interview de Marc Beck
Médecin généraliste, phytothérapeute, micronutritionniste, CES de psychologie médicale, DU de maladies psychosomatiques

Une phytothérapie moderne, reposant sur la physiopathologie de la dépression et sur la connaissance d'actions des différents principes actifs de la plante apporte une solution naturelle et individualisée, une amélioration de la plainte dépressive et de sa prise en charge en psychothérapie. Nous pouvons orienter vers différentes plantes parmi lesquelles le **mucuna** pour un déficit en dopamine, le **griffonia** pour un déficit en sérotonine. Le **safran** et le **curcuma** seront conseillés pour leurs actions antiinflammatoires cérébrales.



Par le Dr Gérard Ostermann,
professeur de thérapeutique,
diplômé de thérapie
cognitivo-comportementale

III. Une solution thérapeutique : La thérapie cognitivo-comportementale

Une prévention de la rechute : La méditation pleine conscience

LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Il est plus que légitime de proposer une psychothérapie sérieuse à une personne qui vit une souffrance dépressive et qui a tendance à s'isoler. Toute psychothérapie est fondée sur une base non spécifique : la relation thérapeutique. Cette base s'inscrit plus largement dans un projet de soins. La relation entre un thérapeute et son patient cherche à établir une alliance dans l'objectif est de créer une dynamique thérapeutique.

L'alliance thérapeutique se fonde sur deux notions :

- le patient perçoit son thérapeute comme pouvant lui apporter de l'aide et du soutien.
- le patient a le sentiment d'un travail commun et d'une coopération partagée.

Existe-t-il des psychothérapies plus efficaces que d'autres ?

On considère aujourd'hui qu'il existe plusieurs centaines de psychothérapies différentes.

Si l'on veut rester cohérent avec les données de la littérature scientifique, il est possible d'affirmer que :

- toutes les psychothérapies sérieuses se valent (Dodo bird verdict dans *Alice au pays des merveilles)*
- les thérapies cognitivo comportementales (TCC) apparaissent plus efficaces que les autres psychothérapies. Dans la dépression, les modifications de l'activation du cortex préfrontal dorsolatéral suggèrent une amélioration dans la résolution de problème ainsi qu'une réduction des affects négatifs et des cognitions associées comme les ruminations (Frewen, 2008).

Qu'est-ce qu'une thérapie cognitive-comportementale ?

Les thérapies comportementales sont nées dans les années 1920 des travaux de Watson et Skinner sur le conditionnement des comportements. On sait de quelle façon en effet nos comportements sont influencés par des renforcements positifs (lorsque le résultat du comportement est une récompense, matérielle ou symbolique) ou négatifs (lorsqu'il aboutit à une punition, un échec ou une désillusion). L'idée initiale de cette approche comportementale visait à modifier les comportements pour les rendre plus compatible avec la vie relationnelle en jouant sur le renforcement positif ou négatif.
Après 1968, les thérapies comportementales qui s'étaient déjà largement développées se sont enrichies de l'apport nouveau des sciences cognitives, sciences de la connaissance des mécanismes psychiques de la psychologie et de l'intelligence artificielle. C'est surtout le travail du Dr Beck sur les émotions, la dépression et les pensées négatives qui s'est avéré être très novateur.

Les théories cognitives postulent en effet que la dépression est liée à une perturbation des processus de pensée : je me sens mal, donc je ne fais rien et je me sens encore plus mal de ne rien faire. L'erreur de la personne qui est déprimée et de privilégier alors les informations négatives au détriment des informations positives ou neutres. Ce modèle de traitement de l'information fait appel à trois variables :

- Les cognitions
- Les processus cognitifs
- Les schémas dépressogènes

Les cognitions de tonalité négative vont porter sur :

- Le sujet lui-même avec des monologues intérieurs tels que : « je ne suis pas à la hauteur »
- l'environnement : « tout va mal »
- l'avenir incertain : « le bout du tunnel est trop lointain pour que je l'aperçoive »

Les processus cognitifs :

- la partie cognitive de la thérapie consiste à aider le patient à repérer le flot de ses pensées négatives et de leurs effets néfastes. On les appelle des pensées automatiques parce qu'elles échappent au contrôle de la personne et parfois même à sa conscience. Comme une litanie pessimiste, des jugements à l'emporte-pièce

surgissent régulièrement et à tout propos : après une simple erreur (« je suis nul »), à l'occasion d'une mauvaise nouvelle bénigne (« tout va mal ») ou encore à la moindre contrariété (« personne ne m'apprécie »).

Bien sûr, ces distorsions cognitives ou erreurs du fonctionnement de la pensée ne sont pas spécifiques aux déprimés mais chez ceux-ci elles sont intenses et fréquentes et vont s'organiser en véritable schémas dépressogènes.

D'autres thérapies peuvent également être citées comme l'hypnose, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou la thérapie de désensibilisation et de reprogrammation par les mouvements oculaires : « Eye Movement desensitization and reprocessing » (EMDR).

L'**efficacité de l'EMDR** a été scientifiquement prouvée depuis 1989 par de nombreuses études contrôlées. La stimulation bilatérale alternée (visuelle, kinesthésique ou auditive) contribuerait à reconnecter les émotions primaires du traumatisme avec la pensée rationnelle. Cela ne suffit évidemment pas, et tout l'art du thérapeute est alors de mettre à profit cet état (légèrement hypnotique) pour amener son patient à modifier son regard sur ses propres ressources par rapport à ce traumatisme. Son efficacité est équivalente – ni plus, ni moins à celle des autres approches cognitivocomportementales qui font appel à une confrontation au vécu traumatisant (exposition), avec toutefois l'avantage d'une durée de traitement plus courte. L'EMDR peut également être utile pour éviter des rechutes dépressives quand le trouble de l'humeur semble lié à un traumatisme psychologique.

LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE, UN VACCIN CONTRE LA DÉPRESSION !

Depuis plusieurs années, **les méthodes basées sur la gestion des émotions connaissent un plein essor. La plus en vogue est la thérapie de méditation en pleine conscience *(mindfulness)*.** Située au carrefour des thérapies cognitives et des pratiques orientales de méditation, la thérapie de méditation en pleine conscience est une méthode de gestion du stress créé dans les années 1980 par John Kabat-Zinn.

À partir d'un **programme structuré** (8 séances de 2 heures), le patient va diminuer sa réactivité cognitive (ruminations) et utiliser la pleine conscience pour repérer ces états mentaux (humeur et style de pensée) et adopter des stratégies évitant la survenue de la dépression. L'imagerie cérébrale permet de distinguer trois mécanismes d'action de la thérapie en pleine conscience : augmentation de la conscience de l'état interne, modification de la représentation du soi et régulation des émotions.

IV. L'intérêt de la micronutrion et de la phytothérapie

La dépression légère à modérée se présente sous la forme de troubles de l'humeur, un manque d'énergie, des troubles du sommeil, associés à une faible estime de soi. Dans la prise en charge de la dépression légère à modérée, la phytothérapie, la micronutrition, l'acupuncture et la luminothérapie ou encore une alimentation riche en oméga 3 peuvent être également préconisées et sont complémentaires aux traitements chimiques.

LA RHODIOLE *(Rhodiola rosea l.)*

Connue pour ses effets **toniques, stimulants et antidéprime**, elle est prescrite en médecine traditionnelle chinoise pour augmenter les performances physiques, diminuer la fatigue ou lutter contre diverses infections.

En 1947, Lazarev, un chercheur russe, inventait le caractère d'**« adaptogène »** pour décrire une substance qui accroît, de manière générale et non spécifique, la résistance de l'organisme aux divers stress qui l'atteignent[13]. Ainsi, **la rhodiole favorise l'adaptation et la résistance au stress.** Les résultats d'une étude réalisée chez des étudiants en période d'examens, complémentés ou non avec un extrait de rhodiole ont montré une diminution significative de la fatigue mentale chez les patients complémentés uniquement[14].

Parallèlement, **les effets antidepresseurs, adaptogènes et anxiolytiques** de cette plante ont également été mis en évidence dans des modèles murins (modèle d'expérimentation animale) [15]. Cette plante est donc intéressante dans le cadre d'une prise en charge des symptômes dépressifs, prescrite seule ou en accompagnement d'un traitement pharmacologique.

LE GRIFFONIA *(Griffonia simplicifolia)*

Originaire d'Afrique de l'ouest et utilisée depuis toujours par les populations locales en médecine traditionnelle, cette plante médicinale est appréciée **pour ses propriétés anxiolytiques et régulatrices de l'humeur et du sommeil.**

Le griffonia est riche en **5-HTP (5-HydroxyTryptoPhane), un acide aminé synthétisé à partir du tryptophane**, un précurseur de la synthèse de la sérotonine. La sérotonine est un neurotransmetteur, c'est-à-dire une substance qui permet de transmettre l'influx nerveux entre les neurones. Cette molécule joue un rôle central dans la

Rhodiole *(Rhodiola rosea l.)*

Griffonia *(Griffonia simplicifolia)*

[12] SPASOV AA et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study of the stimulating and adaptogenic effect of Rhodiola rosea SHR-5 extract on the fatigue of students caused by stress during an examination period with a repeated low-dose regimen. Phytomedicine. 2000 ; 7 : 85-89.

[13] PERFUMI M, MATTIOLI L. Adaptogenic and central nervous system effects of single doses of 3% rosavin and 1% salidroside Rhodiola rosea L. extract in mice. Phytother Res. 2007 ; 21 : 37-43.

Millepertuis *(Hypericum perforatum)*

physiopathologie de la dépression : un déficit en sérotonine est couramment associé à cette maladie. Ainsi, le griffonia représente une option complémentaire aux antidépresseurs et aux autres neuroleptiques de synthèse.

LE MILLEPERTUIS *(Hypericum perforatum)*

Le millepertuis, plante herbacée vivace aux fleurs jaune d'or, est abondante en Europe, en Asie occidentale et septentrionale, en Afrique du Nord, en Australie et en Amérique du Nord. Cette plante, et plus précisément ses sommités fleuries, est **classiquement utilisée dans le traitement de l'humeur dépressive et de l'anxiété** et fait l'objet de nombreuses études cliniques depuis le début des années 1990.[16, 17]

Les extraits de sommités de millepertuis contiennent au moins **10 principes actifs, comme l'hypéricine et l'hyperforine**. Cette dernière, bien qu'assez instable[17], contribuerait fortement à l'amélioration des épisodes dépressifs.

Entre 1987 et 2008, une cinquantaine d'études cliniques ont évalué l'effet d'extraits de millepertuis dans les dépressions légères, modérées et sévères en comparaison avec un placebo ou des traitements pharmacologiques connus.[18]

Une étude, regroupant l'analyse de 29 essais réalisés sur plus de 5000 patients dépressifs, confirme **l'efficacité supérieure des différents extraits de millepertuis par rapport au placebo et une efficacité comparable aux antidépresseurs classiques**[19].

L'ESCOP (European Scientific Cooperative on phytotherapy) et la Commission Européenne reconnaissent l'usage du millepertuis pour le traitement des troubles psychosomatiques, des états dépressifs, de l'anxiété et de l'agitation nerveuse. De son coté, l'OMS reconnaît l'intérêt de la plante dans le traitement de la dépression légère à modérée.

LE SAFRAN *(Crocus sativus L.)*

Le safran est une épice originaire du Moyen-Orient, extraite de la fleur d'un crocus, le *Crocus sativus L.*

Cueillis à la main, les stigmates (ou extrémités supérieures du pistil) de la fleur du safran constituent l'épice la plus chère du monde. La picrocrocine et le safranal sont responsables du goût amer et d'un parfum proche de

Safran *(Crocus sativus L.)*

[16] KASPER S et al. Efficacy and tolerability of Hypericum extract for the treatment of mild to moderate depression. Eur Neuropsychopharmacol. 2010 ; 20 : 747-765.

[17] BRUNETON J. Phytothérapie, les données de l'évaluation. 2002 ; Paris : Lavoisier.

[18] Natural Standard Monograph St John's wort Hypericum perforatum http://www.naturalstandard.com/databases/herbssupplements/all/stjohnswort.asp. 2011.

[19] LINDE K et al. St John's wort for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008 ; CD000448.

[20] HOSSEINZADEH H, NORAEI NB. Anxiolytic and hypnotic effect of *Crocus sativus* aqueous extract and its constituents, crocin and safranal, in mice. Phytother Res. 2009 ; 23 : 768-774.

l'iodoforme ou du foin, caractéristiques de cette épice. Elle contient également un caroténoïde, la crocine, qui donne une tonalité jaune-or aux plats contenant du safran.

En plus de son utilisation en cuisine, notamment persane, le safran possède également des applications médicales. Ainsi des études ont montré que le safran présentait des effets hypnotiques et anxiolytiques[20].

L'effet antidépresseur du safran est attribué à sa richesse en molécules actives et peut s'expliquer par plusieurs mécanismes. En effet, des données in vitro et in vivo suggèrent que cette épice aurait des propriétés antioxydantes[21], anti-inflammatoires[22], sérotoninergiques[23], et neuroprotectrices[24], principalement via l'action de la crocine, de la crocétine et du safranal.

Enfin, des études cliniques ont démontré que les effets antidépresseurs du safran sont comparables aux molécules pharmacologiques couramment utilisées pour guérir cette maladie.

En conclusion, l'utilisation de cette épice est particulièrement intéressante dans le traitement de la dépression.

LES ACIDES GRAS OMÉGA 3

Les acides gras oméga 3, comme les omégas 6, sont des acides gras polyinsaturés essentiels à la croissance et jouent un rôle dans de nombreuses fonctions physiologiques. Ils sont présents en grande quantité dans les poissons gras comme le saumon ou les huiles de noix ou de cameline.

Les principaux acides gras de ce groupe sont : l'acide alpha-linolénique (ALA), l'acide eicosopentaénoïque (EPA) et l'acide doxosahexaénoïque (DHA).
Ces acides gras sont importants pour le développement du cerveau. En effet, les acides gras oméga 3 sont impliqués dans le système immunitaire et la plasticité cérébrale, permettent de lutter contre les inflammations (dont la neuro-inflammation). Ils réduisent les troubles cognitifs et préviennent l'apparition du stress, de l'anxiété et de la dépression[25].

Les Échos de la micronutrition

L'Institut Européen de Diététique et de Micronutrition (IEDM) qui fédère les professionnels de santé formés à la micronutrition, propose au grand public différents livrets d'information et de conseils réalisés par des professionnels de santé.

Le dernier en date : **« Du stress à la dépression : nouveaux regards »**, édité en septembre 2016 !

Ce livret est disponible en téléchargement gratuitement sur le site **www.iedm.asso.fr**

Les acides gras oméga 3 sont présents en grande quantité dans les poissons gras comme le saumon.

[21] SAMARGHANDIAN S et al. Safranal treatment improves hyperglycemia, hyperlipidemia and oxidative stress in streptozotocin-induced diabetic rats. J Pharm Pharm Sci. 2013 ; 16 : 352-362

[22] POMA A et al. Anti-inflammatory properties of drugs from saffron crocus. Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem. 2012 ; 11 : 37-51.

[23] GEORGIADOU G et al. Effects of the active constituents of Crocus Sativus L., crocins, in an animal model of obsessive-compulsive disorder. Neurosci Lett. 2012 ; 528 : 27-30.

[24] GHASEMI T et al. Antidepressant Effect of Crocus sativus Aqueous Extract and its Effect on CREB, BDNF, and VGF Transcript and Protein Levels in Rat Hippocampus. Drug Res (Stuttg). 2014

[25] BAZINET RP, LAYE S. Polyunsaturated fatty acids and their metabolites in brain function and disease. Nat Rev Neurosci. 2014 ; 15 : 771-785.

CONTACTS PRESSE

Caroline Lamberti
Responsable Communication
externe et interne
c.lamberti@pileje.com
01 45 51 69 60 – 06 73 89 18 42

Lucie Lelièvre
Chargée de communication
l.lelievre@pileje.com
01 44 38 88 37